

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 81

DE

L'OMPHALECTOMIE

ET DE LA

Suture abdominale à plans séparés

TECHNIQUE ET APPLICATIONS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 3 janvier 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Emile MOLARD,

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Oran (Algérie), le 14 janvier 1876.



LYON

IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers

—
1900

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 81

DE
L'OMPHALECTOMIE

ET DE LA

Suture abdominale à plans séparés

TECHNIQUE ET APPLICATIONS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 3 janvier 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Emile MOLARD,

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Oran (Algérie), le 14 janvier 1876.



LYON

IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers

—
1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

M. LORTET DOYEN.
M. LACASSAGNE ASSESSEUR

PROFESSEURS HONORAIRES MM. PAULET, CHAUVÉAU, BERNE.

PROFESSEURS

	MM
Cliniques médicales	LÉPINE.
Cliniques chirurgicales	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	OLLIER.
Clinique ophtalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOCHER.
Clinique des maladies mentales	GAYET.
Physique médicale	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie	MONOYER.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée	CAZENEUVE.
Anatomie	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie	LORTET.
Physiologie	TESTUT.
Pathologie interne	RENAUT.
Pathologie externe	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales	TEISSIER.
Anatomie pathologique	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée	TRIPIER.
Médecine légale	POLLOSSON (M.)
Hygiène	ARLOING.
Thérapeutique	LACASSAGNE.
Pharmacie	BARD.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes	LAROYENNE.
--	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.	agréé
Clinique des Maladies des Enfants	WEILL,	
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.	—
Accouchements	POLLOSSON (A.)	—
Propédeutique médicale	ROQUE.	—
Propédeutique chirurgicale	GANGOLPHE.	—
Botanique	BEAUVISAGE.	—

AGRÉGÉS

BEAUVISAGE.	COURMONT.	VALLAS.	PAVIOT.
ROUX.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
POLLOSSON (A.).	COLLET.	DURAND.	BERARD.
ROCHET.	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROLLET	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
CONDAMIN.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LAROYENNE, Président ; M. ROCHET, Assesseur ;

MM. CONDAMIN et VALLAS, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE

MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LAROYENNE,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ CONDAMIN,

AVANT-PROPOS.

Ces modestes pages qui marquent le terme de notre scolarité inaugurent du même coup l'époque où nous voyons s'ouvrir devant nous des horizons nouveaux. Mais avant d'escompter ce que nous pouvons attendre de l'avenir, nous jetterons un coup d'œil en arrière et nous remercierons ceux qui nous ont aidé de leurs conseils et témoigné de la sympathie.

Nous aurons d'abord une pensée pour celui dont le souvenir est toujours resté présent au fond de notre cœur, pour notre père, dont l'admirable dévouement, les hautes qualités intellectuelles et morales resteront pour nous un éternel sujet de reconnaissance, d'admiration et d'exemple. Aux heures lourdes du découragement, aux heures des déterminations, nous avons senti peser sur nous son regard calme et bon et nous avons entendu comme l'écho de sa voix grave qui relevait nos énergies défaillantes. Au souvenir pieux de notre père vient s'ajouter le témoignage d'affection, de reconnaissance et de vénération que nous devons à la tendresse exquise de notre mère. C'est à elle qu'a incombé la lourde tâche de la direction de notre jeunesse. Sa fermeté douce et inébranlable nous a fait ce que nous sommes... Nous craindrions d'amoindrir nos sentiments en les exprimant.

Nos maîtres de Toulouse qui ont commencé notre éducation médicale ont droit au témoignage public de notre reconnaissance et parmi eux, M. le professeur-agrégé Rispal s'est particulièrement intéressé à nous. C'est lui qui nous a indiqué la voie que nous sommes heureux

d'avoir suivie et qui, par ses conseils, nous a permis de mener la tâche à bonne fin. Nous avons pour lui un vif attachement, pour l'homme comme pour le savant, et nous le prions ici d'accepter ce témoignage trop faible de notre affection et de nos sentiments reconnaissants.

M. le médecin-major Bernard et madame Bernard nous ont accueilli avec une bienveillance que nous n'oublierons pas. L'intérêt que nous a manifesté M. le médecin-major Bernard a été pour nous un précieux stimulant.

M. le médecin-principal Pierrot, médecin-chef de l'hôpital Saint-Martin, s'est montré à notre égard, pendant un court séjour que nous fîmes à Desgenettes d'une grande affabilité. Nous l'en remercions de tout cœur.

M. le professeur Laroyenne nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous conserverons le meilleur souvenir du stage que nous avons fait dans son service à la Charité et le prions d'accepter ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

M. le professeur-agrégé Condamin nous a inspiré le sujet de notre thèse et guidé de ses conseils. Qu'il veuille bien croire à notre profonde gratitude.

Ceux de nos maîtres civils et militaires qui nous ont témoigné de l'intérêt voudront bien se reconnaître ici et prendre la part de reconnaissance qui leur revient.

Ces trois années de Lyon ont amené avec elles leur cortège de joies et de déceptions. Malheureusement la joie était souvent nerveuse et mauvaise. Néanmoins si nous avons rêvé dans la poussière dorée des couchants de la cité palladienne, nous avons eu aussi nos moments d'oubli dans les brumes humides de Lyon. Nous ne voulons pas établir de parallèle entre ces deux phases de notre existence ; nous ne voulons retenir que la douce mélancolie des choses vécues, sans arrière-pensée et sans regrets.

CHAPITRE PREMIER.

INTRODUCTION.

Dans les *Archives provinciales de Chirurgie* de septembre 1892, M. le professeur agrégé Condamin étudiait un procédé nouveau de cure radicale des hernies ombilicales par l'omphalectomie et la suture à trois étages des divers éléments anatomiques de la paroi abdominale antérieure. Dans un appendum placé à la fin de son travail le même auteur émettait les considérations suivantes :

« Dans toutes les laparotomies auxquelles nous avons assisté et dans lesquelles l'incision s'était étendue au-dessus de l'ombilic, nous avons été frappé des difficultés que l'on éprouvait à faire les sutures au niveau de l'ombilic. Souvent il était impossible de séparer le péritoine de l'ombilic, auquel il était solidement adhérent. La peau elle-même ne glissait nullement sur les plans sous-jacents, de telle sorte que péritoine, tissu fibreux ombilical, ne formaient qu'une seule couche qu'il était impossible de dédoubler.

« Aussi les sutures à trois étages ne pouvaient-elles pas être appliquées à ce niveau. Il en résultait, outre les difficultés opératoires, un recroquevillement à ce niveau, empêchant la perfection de l'adossement, ce qui pour plus tard constituait un point faible et qui, d'autre part, en raison de la difficulté qu'on éprouve à désinfecter l'infundibulum ombilical, offrait pour le malade un sérieux danger d'infection.

« Pour toutes ces raisons, nous croyons donc qu'il serait plus simple, dans les laparotomies où la ligne d'incision dépasse l'ombilic, de faire, comme dans la hernie ombilicale, une véritable omphalectomie.

« De cette façon, toutes les difficultés opératoires que nous venons de signaler disparaissent : la suture à trois étages est possible sur toute la hauteur, et, cet infundibulum ombilical enlevé, on ne risque plus d'infecter le malade, de ce côté du moins. »

Depuis cette époque, M. le professeur-agrégé Condammin a fait paraître une série de travaux relatifs à l'omphalectomie, soit pour hernie ombilicale, soit pour éviscération, soit encore au cours de laparotomies. Le résultat opératoire est venu confirmer l'urgence du procédé et la stabilité des résultats qu'il implique.

Nous nous proposons aujourd'hui de reprendre les divers travaux que notre maître a inspirés ou publiés à ce sujet ; et, profitant des observations inédites que nous devons à sa bienveillance, d'essayer une mise au point de la question.

Nous croyons inutile, en cette ère de sécurité aseptique ou antiseptique, de discuter les risques d'une intervention sanglante et radicale, surtout si l'on con-

sidère l'évolution fatale et le pronostic de la hernie ombilicale: l'accroissement progressif, l'irréductibilité, l'inflammation, la gêne, les douleurs intolérables, les troubles de la nutrition, l'obésité, l'emphysème, l'albuminurie, le diabète, une vraie déchéance de l'organisme, quand le sujet ne succombe pas, ce qui est fréquent d'ailleurs, au milieu du tableau dramatique du péritonisme et de l'occlusion intestinale.

Toute hernie ombilicale a en effet pour caractères :

- 1°. De s'accroître ;
- 2°. De déterminer les phénomènes douloureux ;
- 3°. D'entraîner souvent à distance des troubles fonctionnels ou sympathiques.

Les hernies ombilicales sont essentiellement des hernies douloureuses et le mécanisme de ces douleurs a été bien mis en relief par Lucas-Championnière dans son dernier ouvrage sur la cure radicale des hernies : c'est tantôt un véritable état névralgique de la paroi abdominale, déterminé par de petites indurations ombilicales ou péri-ombilicales, qui provoquent des phénomènes douloureux irradiés, tels qu'on en rencontre dans les névromes ou dans certains adénomes du sein. Le sujet est voué à l'immobilité ; il engraisse et est condamné à l'accroissement progressif de sa hernie, qui lui cause des tiraillements douloureux inévitables.

Cet accroissement de la hernie ne va pas sans adhérences [et sans les complications qu'entraînent ces dernières.

Quant au bandage, en dehors des accidents douloureux qui en empêchent le port, en dehors des lésions

secondaires d'eczéma et d'érythème cutanés, il présente l'inconvénient plus grave de n'avoir pour sa pelote aucun appui solide et fixe. Le moindre effort, les mouvements respiratoires mêmes dont le bandage traduit le rythme, déplacent l'ombilic et la pelote, qui ne peuvent jamais affecter entre eux des rapports invariables et fixes. En un mot, le port d'un bandage ne doit être conseillé qu'afin que le malade, convaincu de son inutilité et de la gêne insupportable et douloureuse qu'il cause, vienne lui-même réclamer une opération libératrice.

La nécessité d'une intervention radicale et sanglante s'impose. Nous verrons ultérieurement le procédé à employer pour éviter les récidives qu'entraînent des sutures imparfaites de la plaie opératoire ou simplement la persistance de l'infundibulum ombilical, point faible de la voûte ventrale, dans le cas où on le conserve.

Nous lisons, d'autre part, dans l'*American Journal of Obstetrics*, un mémoire du docteur William H. Wathen sur le traitement prophylactique et curatif de la hernie ombilicale, suite de laparotomie. Quoique le traitement proposé par cet auteur ne nous paraisse pas offrir de garanties suffisantes, tant pour ce qui concerne la facilité du manuel opératoire que le pronostic-récidive, nous tenons à citer cet auteur en raison de la conviction qui nous est commune avec lui, tant au point de vue de la fréquence des hernies après laparotomie, qu'au point de vue de l'opportunité d'une intervention radicale et prophylactique de tout accident ultérieur. Nous trouvons chez lui le souci de la solidité de la suture, l'effort pour obtenir la fermeture hermétique et

durable de la paroi, en même temps que la notion très exacte de la fréquence et de la fatalité de la récidive.

« Pour n'avoir pas de hernie après une laparotomie, dit cet auteur, il est nécessaire d'obtenir une réunion parfaite des différentes couches de tissus formant la paroi abdominale, surtout de la couche constituée par le fascia, de la bonne réunion de laquelle dépend la solidité de tout l'édifice. Le péritoine doit être suturé avec le péritoine, les muscles avec les muscles, les fascia avec les fascia, la peau avec la peau. La suture en masse de la paroi n'oppose pas entre elles ces diverses couches anatomiques, qui ne peuvent se réunir chacune avec celle qui lui correspond normalement, ce qui cause une mauvaise réunion et ultérieurement des hernies ventrales. »

Sans suspecter la bonne foi des opérateurs qui prétendent n'avoir jamais eu de hernies à la suite de laparotomie en opérant la suture en masse de la paroi, le docteur Wathen est persuadé que, si ces praticiens suivaient la fortune de leurs malades, ils pourraient se convaincre de la fréquence des hernies à la suite de laparotomie.

Nous croyons avoir indiqué suffisamment l'opportunité de la *cure radicale* de la hernie ombilicale d'une part et, d'autre part, la fréquence des accidents herniaires consécutifs aux laparotomies. Dans le cours de notre travail, des observations viendront justifier ces deux propositions.

Après un historique rapide de la question, nous présenterons le manuel opératoire relatif à l'omphal-ectomie tel qu'il a été décrit par M. le professeur-agrégé Condamin.

Nous essayerons une critique des divers procédés de cure radicale des hernies ombilicales, critique appuyée de l'exposition des résultats opératoires, qui appelleront d'eux-mêmes la conclusion. Puis, nous nous efforcerons de prouver l'utilité de l'ablation de la cicatrice ombilicale, au cours des laparotomies, en appuyant notre thèse par deux séries d'observations : les unes tendant à prouver l'existence du fait pathologique, les autres démontrant la perfection des résultats opératoires dus à l'omphaléctomie.

Nous verrons d'ailleurs que, dans la plupart des cas, la hernie ombilicale accompagne (quand elle n'en est pas la conséquence directe) les grosses tumeurs abdominales, fibromes ou kystes de l'ovaire.

Nous présenterons enfin un mode de traitement des éviscérations reposant sur le même principe que l'omphaléctomie et, après l'étude d'une suture abdominale trouvée par M. le professeur-agrégé Condamin, pour les cas de larges éviscérations, nous exposerons nos conclusions.

CHAPITRE II.

HISTORIQUE.

L'idée de faire de l'omphalectomie une opération systématique et systématisée n'apparaît pas nettement dans la littérature médicale avant le mémoire de M. le professeur-agrégé Condamin dans les *Archives provinciales de Chirurgie* (1892). Les résections plus ou moins complètes de l'ombilic ont été opérées dans le but de faciliter la fermeture de la paroi abdominale, soit dans le cas de bords épaissis et rigides, soit dans le cas de bords amincis et peu résistants de la cicatrice ombilicale. La résection avait été également inspirée par la distension des parois abdominales causée par l'ascite. Mais nous ne trouvons pas la large incision elliptique, péri-ombilicale systématiquement faite dans le but d'aborder, d'isoler et de décoller plus facilement le sac, afin de rompre à son aise les adhérences et de détruire l'infundibulum ombilical.

Dans sa thèse sur la cure radicale des hernies ombilicales de l'adulte (1892), Casteret distingue parmi les moyens proposés pour obtenir la guérison définitive de l'affection :

- 1°. Les procédés herniaires ;
- 2°. Les procédés d'éventration.

Dans les premiers, on part de ce principe : l'anneau est distendu, il faut le resserrer ; et, pour obtenir ce résultat, on suture, on avive, on dédouble.

Geysel (1878), Polaillon (1880), Reverdin (1882), font la suture simultanée de l'anneau et du collet du sac, Socin préconise la suture isolée du collet et de l'anneau. Mestral pratique l'avivement (1881). Lawson-Tait dédouble la cicatrice par une incision parallèle à la paroi, et Sœnger (1890) rapporte trois succès dus à ce procédé.

Dans la seconde façon de traiter la hernie ombilicale, on traite la plaie résultant de l'opération comme une plaie d'ovariotomie. L'idée dominante du procédé est la réunion des bords cruentés, la cure de l'éventration produite par l'opération.

Lucas-Championnière comprend dans une première suture les tissus profonds au niveau du point débridé, puis fait une suture superficielle au-devant du sac. Tillaux (1877) fait, après la kélotomie, une suture en masse de la paroi, réunissant par des sutures superficielles les points béants de la lèvre cutanée.

Lucas - Championnière emploie ultérieurement (1892) successivement la suture de la plaie à deux étages, puis la suture à triple étage, en insistant sur

la nécessité de détruire l'infundibulum péritonéal par des ligatures en chaîne sur le sac, après avoir exercé des tractions sur son collet pour effacer toute dépression.

Parmi les malades qui ont subies diverses interventions et qui ont pu être suivis, on note des récives variant dans les proportions de 2 à 4 pour 12. Il faudrait d'ailleurs tenir compte, pour établir une statistique sérieuse, de la profession exercée par les opérés.

Nous placerons, enfin, au nombre des procédés d'éventration, ceux qui consistent à réséquer l'anneau ombilical (omphalectomie) en intéressant la gaine des droits.

Le docteur Mollière, cité par M. le professeur-agrégé Condamin, disait : « Quand on opère une hernie ombilicale étranglée, il faut enlever le nombril. En agissant ainsi, on peut, sans aucune difficulté, isoler la tumeur en circonscrivant l'ombilic par deux incisions elliptiques longitudinales. Ainsi débarrassé de l'adhérence cutanée du nombril, vous pourrez énucléer votre hernie ombilicale comme la plus vulgaire hernie marronnée de l'aîne. Vous pourrez arriver sur l'anneau, le débrider, sans ouvrir le sac. Mais ouvrez-le d'abord par son sommet et vérifiez son contenu. Quand l'intestin est sain, on le réduit après toilette antiseptique et l'on pratique la ligature du sac. La cicatrice opératoire devient un nouvel ombilic. »

La résection de l'anneau, faite dans le but de traiter la hernie ombilicale, a été pratiquée pour la première fois, en 1866, par Storer chez un malade ascitique

porteur d'une hernie ombilicale étranglée. Le malade mourut.

Keen (1888), suivant le même procédé que Storer, résèque l'anneau ombilical très dilaté, épaissi et rigide, afin de faciliter la fermeture de la paroi abdominale. Le malade meurt de péritonite le surlendemain.

Le docteur Marcy fait part, en 1891, dans une réunion de gynécologistes, d'un procédé assurant la guérison de la hernie ombilicale par la résection de l'anneau.

M. le professeur-agrégé Chandelux opère, en 1891, une malade atteinte de hernie ombilicale volumineuse et enlève l'ombilic. Il dessine une incision elliptique, mais sans intéresser la gaine des droits.

En 1892, M. le professeur-agrégé Condamin publie un travail : « De l'omphalectomie et de la suture à trois étages », où il préconise l'ablation de l'ombilic.

Keen et Marcy ne poursuivent, en somme, dans l'ablation de l'ombilic, que le but d'obtenir une réunion plus solide de la paroi, en coaptant des tissus doués d'une plus grande vitalité. Le premier s'est trouvé en présence d'un ombilic induré et rigide ; le second l'avait trouvé aminci et peu résistant.

Nous avons donc deux procédés d'ablation de l'ombilic :

L'omphalectomie proprement dite, qui n'intéresse pas la loge musculaire des droits.

L'omphalectomie avec ouverture des gaines.

CHAPITRE III.

Dans le présent chapitre nous nous proposons d'étudier le manuel opératoire de l'omphalectomie, tel qu'il a été décrit par notre maître dans les diverses publications qu'il a faites à ce sujet ; puis, d'après les documents que nous avons puisés aux mêmes sources, nous esquisserons une critique de l'omphalectomie partielle en même temps que nous établirons son parallèle avec l'omphalectomie totale.

La cure radicale d'une hernie ombilicale par omphalectomie comprend cinq temps :

- 1°. Incision de la peau et du tissu cellulaire.
- 2°. Ouverture du sac.
- 3°. Réduction des viscères.
- 4°. Avivement.
- 5°. Fermeture de la paroi.

1°. Incision de la peau. — L'incision cutanée sera elliptique circonscrivant la tumeur et le nombril, à diamètre vertical suffisamment développé; cette forme elliptique permettra de libérer plus vite le sac.

2°. Ouverture du sac. — On évitera pour ouvrir le sac de l'aborder à sa partie supérieure, en raison des adhérences presque constantes qui existent au voisinage de l'orifice. S'éloignant de l'anneau, on prendra avec une pince à dissection une petite partie de la séreuse, afin de ne mordre que sa tunique externe, en un point où l'on croit n'exister aucune adhérence. On attire le sac pour faire le vide entre lui et les viscères, puis on fait, avec un bistouri, une petite incision près des mors de la pince. L'ouverture agrandie, on plonge l'index dans le sac et on l'applique contre sa face interne pour repousser les anses intestinales. On termine l'incision avec les ciseaux. On tâche d'ouvrir le sac sur toute sa hauteur, puis plaçant des pinces sur chacune des lèvres, on tire de façon à étaler la masse herniaire.

3°. Réduction des viscères. — On commencera à libérer les anses intestinales. Les adhérences faibles céderont à de simples tractions ; les adhérences fortes et vasculaires seront sectionnées après ligature préalable. Si elles sont pédiculées on réséquera simplement la portion de sac ou d'épiploon implantée sur l'intestin. On sacrifie une partie de l'épiploon, suivant le procédé ordinaire, et on pratique le quatrième temps.

4°. Avivement. — Les bords de l'anneau se confondent souvent avec la gaine des droits : pour l'enlever il faut ouvrir la loge musculaire, en tenant compte de ce fait que l'épiploon et l'intestin adhèrent à la sur-

face interne de l'anneau et à la paroi abdominale avoisinante. Il faudra introduire l'index gauche dans l'orifice et aller détruire les adhérences. Maintenant le doigt dans le ventre, on incisera sur lui l'anneau et une portion sus- et sous-ombilicale de la ligne blanche de manière à avoir un orifice musculo-aponévrotique elliptique.

La réunion des gânes sur la ligne médiane amènera, après la fermeture du ventre, la formation d'une loge commune aux deux droits. Pour assurer l'affrontement des feuillets des gânes, il faut exciser les fibres musculaires qui débordent la ligne de section des aponévroses et dont les contractions tendraient à faire écarter les lèvres aponévrotiques.

5°. **Fermeture de la paroi.** — Ce temps, le dernier et le plus important de l'opération, se décompose de la façon suivante :

a) Surjet à points passés de Doyen pour le péritoine.

b) Second surjet comprenant les muscles droits et les deux aponévroses en tenant compte de ce fait que l'aponévrose postérieure est toujours un peu débordée par le muscle et qu'il faudra enfoncer l'aiguille assez loin du bord cruenté pour être certain de la prendre dans la suture.

c) Enfin, suture de la peau et du tissu cellulaire au fil d'argent.

On peut, pour la suture cutanée, afin d'éviter les inconvénients que causent les lambeaux exubérants, comme l'a proposé M. le professeur Gangolphe, faire deux sutures cutanées : l'une profonde, intéressant la peau et les trois quarts de la paroi grasseuse, l'autre superficielle.

Le dernier temps opératoire peut être modifié de la façon suivante :

1°. Suture comprenant le feuillet postérieur de l'aponévrose et le péritoine.

2°. Suture intéressant les droits et le feuillet antérieur aponévrotique.

3°. Sutures cellulo-cutanées.

Tel est le procédé de M. le professeur agrégé Condamin, basé sur des expériences d'amphithéâtre et confirmé par des observations qu'on trouvera citées plus loin. Depuis 1892 la fortune du procédé n'a fait qu'augmenter en même temps que s'affirmait la stabilité des résultats. Cette description ne serait pas néanmoins complète et la portée de l'opération n'apparaîtrait pas dans son entier développement si nous n'essayions une étude critique de l'omphalectomie partielle et un parallèle de cette dernière opération avec l'omphalectomie totale.

L'omphalectomie partielle n'est en somme qu'un avivement peu étendu, ne facilitant que très peu la dissection du sac et dont on n'a guère usé que pour faciliter les sutures. Il peut parfois être utile de circonscrire l'anneau ombilical par une incision elliptique pour chercher à isoler le sac des parties voisines et arriver plus profondément sur son collet. Mais le sac, le collet du sac et l'ombilic restant dans le lambeau réséqué, on ne fait en somme qu'une manœuvre inutile.

Souvent, d'ailleurs, les adhérences épiploïques et intestinales existent non-seulement au niveau du sac

et du collet, mais dans toute la région adjacente à l'ombilic.

Dans le voisinage de la cicatrice ombilicale, il existe des plans aponévrotiques variables suivant les sujets. En faisant une omphalectomie totale, on n'a point à se préoccuper de ces plans transversaux ou fascia ombilicalis qui compliquent souvent l'omphalocèle.

L'omphalectomie partielle ne peut se justifier, et encore comme procédé de nécessité seulement, que lorsqu'on a affaire à des hernies ayant perdu tout droit de domicile dans le ventre, quand l'écartement des droits est tel que la perte de substance transversale ne permet pas une réunion facile.

Dans la cure radicale d'une hernie, le résultat opératoire n'est définitif que si l'on a une bonne occlusion du trajet herniaire et la destruction de tout infundibulum pouvant servir d'amorce (professeur Poncet, de Lyon). Dans ce cas particulier, ce trajet paraît se borner à un orifice. Mais en réalité on est bien en présence d'une perte de substance de la paroi abdominale, limitée par un bourrelet scléreux auquel participe le tissu cellulaire circum-ombilical, dont on n'obtiendra jamais l'occlusion par un léger avivement et quelques points de suture. Pour expliquer la pathogénie de l'infundibulum qui se développera fatalement à la suite d'une omphalectomie partielle, nous nous bornerons à citer ce passage de la thèse de Casteret, inspirée par M. le professeur-agrégé Condamin :

« En somme, l'ombilic n'est qu'une de ces nombreuses ouvertures que l'on trouve sur la ligne blanche, formée par l'entrecroisement des fibres aponévro-

tiques. La distension amènera non seulement une élongation des fibres qui la bordent, mais encore de toute la portion située au-dessus et au-dessous, surtout au-dessus, car la hernie se produit surtout à la partie supérieure de l'anneau ; dans la portion inférieure, le paquet cicatriciel formé par l'ouraque et les cordons ombilicaux s'oppose un peu à la distension de la partie sous-ombilicale.

« Plus l'écartement des bords sera grand et plus les muscles droits seront rejetés latéralement, et par suite plus la ligne blanche sera amincie et perdra de sa résistance. Des éraillures pourront même se produire à ce niveau. La suture de l'anneau et surtout de l'anneau incomplètement réséqué ou le rapprochement des bords fibreux amèneront un froncement de la ligne blanche au-dessous et au-dessus, mais surtout au-dessus. Les viscères auront une tendance à déplier ce point et il y aura une petite dépression. Cette fossette se creusera de plus en plus ; l'anneau sera tirailé et pourra se disjoindre. S'il résiste, la ligne blanche amincie, affaiblie, finira par s'érailler. Qu'arrivera-t-il alors ? Un petit peloton de graisse sous-péritonéale viendra d'abord obstruer cette éraillure, puis finira par passer en deçà de l'aponévrose, attirant à lui la portion du péritoine sur laquelle il est implanté par un petit pédicule vasculaire. Dès lors, se trouve formé un infundibulum et une nouvelle hernie ».

C'est là également le mécanisme des hernies ombilicales si fréquentes après les laparotomies. L'incision de laparotomie contourne le nombril. La suture de la plaie à ce niveau ne sera jamais parfaite et l'on trouve ainsi constituée l'amorce qui appellera la hernie.

L'omphalectomie totale, au contraire, facilite l'intervention opératoire dans ses différents temps : d'abord en facilitant la libération des adhérences épiploïques et intestinales ; ensuite en permettant une suture à triple étage, comme dans une laparotomie ordinaire et enfin en permettant l'évolution normale des trois phases d'oblitération d'un trajet herniaire quelconque :

- 1°. Immédiate et mécanique ;
- 2°. Temporaire ;
- 3°. Cicatricielle et définitive.

En effet, le péritoine suturé dans un premier temps, l'intestin étant protégé, on a tout le loisir possible pour parfaire lentement et solidement les sutures des plans supérieurs. Pendant le premier travail de cicatrisation, qui marche d'ailleurs rapidement, puisqu'on adosse des tissus de même nature, les sutures que l'on fait au catgut assurent la coaptation des différents plans et maintiennent mécaniquement la paroi.

Enfin, quand les sutures sont résorbées, les tissus de même nature, adossés soigneusement pendant l'opération, ont fourni respectivement une série de cicatrices parfaites et homogènes, dont l'ensemble constitue une sangle multiple en tout semblable au reste de la paroi abdominale et plus solide même que ne le serait une cicatrice ombilicale physiologique.

L'avantage que présente la suture respective des différents plans, et particulièrement de la couche profonde aponévrotique, se comprendra facilement après

la lecture de ce passage de Gill Wylie (1). « La nécessité de rapprocher les bords du péritoine est généralement reconnue, mais la plupart des opérateurs méconnaissent entièrement le fait que l'épais fascia qui sépare et réunit les muscles droits, qui forme leur gaine et constitue la ligne blanche, est en réalité le tendon des muscles abdominaux à direction transversale, que c'est ce fascia et non les muscles droits qui donne aux parois abdominales leur résistance dans le sens transversal. Les muscles droits sont longitudinaux et très facilement déviés au dehors par toute force agissant transversalement et tendant à les séparer. »

Nous relevons dans le *Centralblatt für Chirurgie* de 1894, un article de Bruns, intitulé : « Die omphalectomie bei der radicalopération der Nabelbrücke ». — Après quelques considérations sur l'opportunité d'une cure radicale dans la hernie ombilicale, Bruns cite cette opinion de Gersung que les récidives sont fréquentes et se font par la ligne blanche, opinion émise d'ailleurs par Casteret et que nous avons citée plus haut. Gersung en vient à conclure à l'utilité de la suture des droits, d'autant plus qu'il reconnaît que le tissu péri-ombilical se prête généralement peu à une bonne réunion en raison de son peu de vitalité, de son épaisseur et de sa rigidité. Il faut, dit cet auteur, enlever l'anneau ombilical, aviver avant de suturer, et il rapporte l'observation de Keen, à laquelle nous

(1) GILL WYLIE. — Ventral hernia comb. by laparotomie. *Amer. J. of. obstetric*, 1885.

avons fait allusion dans notre historique. — Bruns cite ensuite notre maître et décrit le procédé opératoire de l'omphalectomie, tel que nous l'avons exposé. Il déclare que ce procédé qu'il a suivi lui a permis d'obtenir d'excellents résultats. « La méthode du professeur Condamin, dit-il, présente des avantages énormes sur les procédés antérieurs. Elle facilite tout d'abord et raccourcit le premier acte laborieux de la cure radicale, la réduction du contenu de la hernie. Elle écarte, en second lieu, le danger que l'on court en incisant, sur la ligne médiane, la tumeur herniaire en raison des nombreuses adhérences du sac avec la peau d'une part et le contenu de la hernie de l'autre. La plaie présente une tendance plus grande à la réunion, en raison de la vitalité supérieure des tissus affrontés. On a une véritable plaie de laparotomie. En dernier lieu, ce procédé offre de sérieuses garanties contre les récidives, puisqu'il supprime l'ouverture herniaire, qui, si parfaite que soit son obturation, présente quand même un infundibulum qui appelle une récidive.

OBSERVATIONS.

OBSERVATION I.

Hernie ombilicale étranglée. — Omphalectomie, par KEEN.

(*New Medical*, 1888.)

Femme de 52 ans. Depuis dix-huit ans, grosse hernie ombilicale qui, le 21 janvier 1888, sans cause appréciable, devint douloureuse et irréductible. Opérée le lendemain.

L'incision du sac met à nu une masse d'épiploon saine, mais partout adhérente au pourtour de l'anneau, qui est assez large pour admettre le pouce et étrangle une petite anse intestinale. Réduction facile ; mais l'orifice ombilical était tellement profond, ses bords tellement épaissis et rigides, qu'on ne pouvait songer à les suturer. Incision longue de 6 pouces circonscrivant l'ombilic. Après ligature et résection d'épiploon, l'abdomen est fermé par quatre rangées de sutures, péritoine, couche fibro-graisseuse, peau. La malade mourut le lendemain de péritonite.

OBSERVATION II

(CHANDELUX, in thèse CASTERET.)

Hernie ombilicale volumineuse avec phénomènes de pseudo-étranglement à répétition. — Cure radicale. — Guérison.

Maria B...., 38 ans, ménagère.

Cette malade, obèse, chez laquelle on ne note rien dans les antécédents héréditaires ou personnels, entre à l'Hôtel-Dieu pour une hernie ombilicale datant de 8 ans.

Elle a eu sept enfants, dont deux seulement survivent ; les autres sont morts d'affections indéterminées, et en bas âge ; trois fausses couches. Santé habituellement très bonne jusqu'au moment de l'apparition de la hernie. Celle-ci s'est produite brusquement, à la suite d'une journée de fatigue excessive, sans étranglement au début.

Depuis ce moment, la malade a porté un bandage, mais d'une façon irrégulière, bandage qui pendant assez longtemps maintint bien la hernie. Mais peu à peu la tumeur cessa d'être continue et la malade était sujette alors à des phénomènes péritonéaux, analogues aux phénomènes de l'étranglement, et qui duraient plusieurs jours. La tumeur cessait alors d'être réductible ; puis survenaient des coliques, des nausées, des vomissements, du météorisme coïncidant avec une constipation absolue. Puis, sous l'influence du repos au lit, tous ces phénomènes disparaissaient et la tumeur, de nouveau, devenait réductible.

Ces retours périodiques d'irréductibilité et de phénomènes de pseudo-étranglement devinrent de plus en plus fréquents, et dans ces derniers temps la malade était pour ainsi dire, condamnée à l'inaction et obligée de rester au lit. Aussi se décide-t-elle à réclamer une intervention chirurgicale.

Au moment de l'entrée, la tumeur est partiellement réductible et forme sur la paroi abdominale une saillie du volume du poing. Celle-ci, recouverte d'une énorme couche adipeuse, est flasque, parsemée de vergetures, et s'étale quand la malade est dans le décubitus dorsal. Aucune douleur à la pression. A la palpation, on sent une tumeur saillante, surtout en bas et à gauche. Son pédicule se continue avec l'anneau ombilical. En exerçant sur elle des pressions soutenues, on arrive à en réduire une petite partie, sans gargouillement ; mais les trois quarts environ sont absolument irréductibles. Matité à la percussion.

Constipation habituelle. Perte de l'appétit depuis six semaines environ. Rien d'anormal aux poumons, ni au cœur. Pas d'albuminurie. Pas d'ascite. Aucun œdème des membres inférieurs.

4 avril 1891. — Opération. Anesthésie à l'éther. Incision de 15 centimètres sur la ligne médiane. Dissection de la peau, puis libération de la tumeur jusqu'au plan aponévrotique. A l'ouverture du sac, on découvre une grosse masse épiploïque, pelotonnée et condensée, adhérente à l'anneau, surtout au niveau de sa partie inférieure. Dissection des adhérences, de façon à pouvoir exercer des tractions sur la tumeur épiploïque. En agissant ainsi, on voit que le côlon transverse, situé immédiatement derrière l'anneau ombilical, s'engage facilement dans la partie supérieure de celui-ci, et cette disposition anatomique explique facilement les phénomènes de pseudo-étranglement à répétition dont souffrait la malade, puisqu'il suffisait certainement d'un léger effort pour faire pénétrer dans le sac herniaire une portion du côlon. Le pédicule herniaire épiploïque est subdivisé en cinq petits pédicules secondaires à l'aide de catgut n° 3, puis toute la portion qui formait la hernie est excisée. La partie restée adhérente au côlon rentre alors d'elle-même dans la cavité abdominale. Excision complète de l'anneau ombilical, qui est circonscrit par une incision elliptique à grand axe vertical. La gaine du muscle droit antérieur gauche est ouverte; à droite, au contraire, la section porte en plein tissu fibreux, et l'on n'aperçoit pas le muscle. Hémorrhagie insignifiante. Suture en surjet de l'aponévrose à l'aide de catgut chromique, puis suture de la peau de la même façon. Un petit drain est placé à l'angle inférieur de la plaie. Pansement rigoureusement antiseptique; potion avec extrait thébaïque : 0 gr. 10.

8 avril. — On enlève le pansement. Un peu de sérosité roussâtre s'échappe du drain par les pressions. Ventre souple,

non douloureux. Langue humide. Un nouveau pansement est simplement maintenu par un bandage de corps.

21 avril. — Ouverture d'un petit abcès sous-cutané au niveau de la ligne d'incision de la peau. Apyrexie ; bon état général.

8 mai. — Les suites ont été des plus simples. L'abcès s'est rapidement cicatrisé. La malade quitte l'hôpital, portant une ceinture hypogastrique avec plaque en peau chamoisée pour soutenir la cicatrice.

15 juin. — Quelques jours après être rentrée chez elle, la malade a eu un nouvel abcès sous-cutané, qui s'est rapidement cicatrisé. Six mois après, la guérison se maintenait parfaite.

OBSERVATION III.

(JEANNEL, in thèse CASTERÉT)

Hernie ombilicale avec obstruction dans le sac.

Femme de 55 ans. Hernie ombilicale de la grosseur d'une tête d'enfant de 2 ans. Depuis deux jours, douleur et augmentation du volume... Le 25 octobre 1892, vomissements fécaloïdes. Un médecin essaye du taxis ; il obtient une réduction très incomplète ; la tumeur ballonnée contient de vieilles scybales.

La malade entre le lendemain à l'hôpital à 5 heures du soir. Kélotomie immédiate. Incision cutanée circonscrivant une ellipse de peau et le nombril, qui est dépassé en haut et en bas de plusieurs centimètres. On arrive facilement sur l'orifice ombilical grand comme une pièce de 5 fr.

Au-dessus de l'anneau et sur la ligne blanche, courte laparotomie de 3 centimètres, débridement de l'anneau péritonéal

du même coup. Pas de trace d'étranglement sur l'intestin qui apparaît. Essai de réduction en tirant sur le pédicule intestinal ; impossible de réduire.

Large ouverture du sac. Il contient de l'épiploon, les côlons transverse et ascendant, plus l'appendice. Nombreuses adhérences épiploïques et intestinales. Des brides multiples traversent le sac. L'intestin distendu n'est pas très congestionné ; il contient des gaz et des scybales ; il se contracte ; il est coudé sur les brides qui l'étranglent et causent l'obstruction.

Les adhérences épiploïques sont détruites, les brides sont déchirées. On essaye de réintégrer l'intestin. La réduction est difficile. L'anneau est élargi par une incision médiane de 3 centimètres faite en bas. Réduction complète et facile du gros intestin. L'épiploon est maintenu en dehors et réséqué. Le sac est excisé au ras de l'orifice. L'anneau est alors réséqué, la gaine des muscles droits est ouverte latéralement ; au-dessus et au-dessous, on enlève les bords flottants de la ligne blanche. On a ainsi un orifice musculo-aponévrotique elliptique.

Après toilette de la plaie, fermeture. Les deux bords étant assez écartés, on tire sur les deux extrémités en haut et en bas, de façon à les rapprocher. On commence la suture en surjet du péritoine, il se déchire. Les lèvres péritonéales et musculaires sont alors saisies dans le même surjet, comprenant aussi les gaines aponévrotiques. Les fils de soie sont enfoncés à une certaine distance du bord libre de la plaie, afin de mieux assurer le rapprochement des deux lèvres. Le ventre est ainsi fermé, non sans avoir exercé de fortes tractions sur les fils. Sutures cutanées. (Donc, deux plans de sutures.) Pansement.

Le lendemain, 27 octobre, état des plus satisfaisants.

30 octobre. — La malade a de la congestion pulmonaire.

Etat abdominal excellent.

3 novembre. — Les symptômes pulmonaires ont disparu, ablation des sutures cutanées. La réunion est parfaite ; pas de douleur à la pression.

OBSERVATION IV.

(R. CONDAMIN, in *Lyon Médical*, 1893.)

Hernie ombilicale. — Omphalectomie. — Guérison.

M. M..., âgée de 22 ans, religieuse, née à la Pierre (Hautes-Alpes), demeurant à Gap. Entrée le 12 janvier 1893.

Cette malade fut opérée, le 20 janvier 1893, d'un épulis. Elle présentait à ce moment une hernie ombilicale qui fera seule l'objet de cette observation (A. Pollosson).

Père inconnu. Mère morte d'une maladie indéterminée. Deux frères en bonne santé.

La malade jouissait d'un tempérament robuste. Il y a 2 ans, elle eut l'influenza. Depuis cette époque, dit-elle, elle serait sujette à des fatigues d'entrailles et aurait des vomissements fréquents. Cet état durerait depuis sept ou huit mois, lorsqu'en novembre 1891 la malade constata la présence d'une hernie dans la région ombilicale. La tumeur serait restée à peu près stationnaire jusqu'en juillet 1892. Depuis ce moment, la malade trouve qu'elle a augmenté de volume. Du reste, les douleurs abdominales et les vomissements ont continué avec des périodes de calme plus ou moins longues ; ils coïncident très régulièrement avec de courtes périodes d'étranglement herniaire. Pendant les périodes d'étranglement, qui durent de douze à trente six heures, la malade éprouve des douleurs extrêmement vives qui s'accompagnent de vomissements et de troubles gastriques nombreux. Aussi, après avoir été débarrassée de son épulis, la malade demande à être guérie de sa hernie ombilicale.

Opération le 12 février 1893. Après désinfection très soignée de la région ombilicale et de l'abdomen, M. Pollosson, assisté de M. Condamin, pratique la cure radicale de cette hernie par l'omphalectomie totale et la suture à trois étages. La tumeur ombilicale est circonscrite par deux incisions elliptiques qui remontent à 5 ou 6 centimètres au-dessus de l'ombilic et descendent d'autant en-dessous. L'écartement de ces lignes d'incision est de 5 à 6 centim. au niveau de l'ombilic. On incise la peau et le tissu graisseux sous-cutané des deux côtés, jusqu'à l'aponévrose du grand oblique. On fait une hémostase très soignée, puis on entaille suivant la ligne des incisions cutanées cette aponévrose, du côté gauche, en ayant soin de se tenir sur le bord libre du droit, c'est-à-dire que sa gaine est ouverte sur une étendue de plusieurs centimètres. On incise ensuite l'aponévrose profonde, à environ 2 centimètres du collet herniaire, et l'on ouvre le péritoine. Un gros tampon aseptique garantit l'intestin, tandis qu'on va de dehors en dedans ouvrir le sac en passant par son collet. Dès que celui-ci est incisé, on s'aperçoit qu'il existe d'assez nombreuses adhérences, soit épiploïques, soit intestinales. Le collet du sac et la partie latérale gauche du sac étant ouverts de bas en haut, on libère facilement toutes les adhérences qui apparaissent à plat. La réduction est alors effectuée, sans qu'on soit obligé de réséquer l'épiploon. La libération des adhérences et la réduction n'ont pas pris plus de cinq minutes. On résèque alors le côté droit de la paroi abdominale comme du côté gauche, c'est-à-dire en ouvrant la gaine du droit correspondant. Après avoir fait la toilette des surfaces cutanées on commence un premier plan de sutures, qui intéresse le péritoine et le feuillet profond des droits ; en doublant ainsi le péritoine et ce feuillet aponévrotique, on constate que le péritoine ne se déchire pas, que l'adossement séro-séreux est tout aussi parfait.

Dans ce cas, pour faire cette première suture, il n'est pas besoin de tirer violemment sur les fils. Les bords s'adossent d'eux-mêmes, malgré la perte de substance assez étendue dans le sens transversal.

Le second plan de suture intéresse le feuillet superficiel des droits, et les bords de ceux-ci quand ils ont tendance à faire issue à travers la plaie. Troisième plan de suture : deux ou trois sutures profondes, les autres superficielles, au fil métallique, les sutures des deux premiers étages avaient été faites à la soie. L'opération a duré une demi-heure. Pansement compressif.

Les jours qui suivirent l'opération, la malade eut quelques températures hypothermiques, sans autres manifestations péritonéales.

Au dixième jour, on enlève les fils superficiels. La réunion par première intention est parfaite. La plaie est souple et indolore. Mais en enlevant les fils, on a dû probablement infecter un point de la plaie, car cinq ou six jours après on trouvait sous la peau, au niveau d'un des fils superficiels, un peu de pus. On ouvre cet abcès et on constate qu'il est tout à fait superficiel et que les plans profonds ont parfaitement tenu. A ce niveau, la cicatrisation secondaire s'effectue progressivement, et en tout cas la contention est parfaite.

OBSERVATION V.

(R. CONDAMIN, in *Lyon médical*, 1893.)

Hernie ombilicale. — Omphalectomie. — Guérison.

T. C., 49 ans, journalière, née et demeurant à Précurel (Isère).

Père mort à 72 ans ; avait une hernie inguinale. Mère morte à la suite d'une hémorragie cérébrale. Un frère en bonne

santé, pas de hernie. Trois enfants vigoureux n'avaient pas de hernie. La malade a toujours joui d'une bonne santé ; elle était robuste et faisait des journées pénibles, telles que lavages.

Il y a environ trois ans, sans cause apparente, la malade constata dans la région ombilicale l'apparition d'une petite grosseur qui paraissait ou disparaissait, suivant qu'elle faisait des efforts ou restait au repos.

Depuis trois mois seulement, cette tumeur herniaire est devenue douloureuse. Elle donnait fréquemment naissance à des crises douloureuses violentes, siégeant au niveau même de la hernie et dans la région péri-ombilicale. Ces douleurs survenaient du reste aussi bien après un repas prolongé qu'après des efforts répétés. Elles s'accompagnaient de vomissements, surtout bilieux. Elles duraient de trois à quatre heures, jusqu'à douze heures. Il n'y a jamais eu d'étranglement sérieux ; la hernie n'est jamais restée 24 heures sans rentrer, au moins partiellement.

Les crises douloureuses, qui sont revenues trente ou quarante fois, et qui duraient en moyenne vingt-quatre heures, déterminent la malade à venir se faire opérer.

La hernie se présente sous l'aspect d'une tumeur grosse comme une petite orange. Elle fait issue dans la région ombilicale et rentre partiellement. Le collet du sac paraît assez large.

Opération le 13 février. Après nettoyage minutieux de la région, M. Condamin, assisté de M. A. Pollosson, commence à circonscrire la hernie par deux incisions elliptiques de 20 centimètres de hauteur sur 8 de large. Hémostase soignée. On continue du côté gauche à inciser profondément en entaillant successivement la gaine antérieure du droit, son bord interne, son feuillet profond et enfin le péritoine. A ce moment, on ouvre le sac par son collet, en dehors, de dehors en dedans.

De nombreuses adhérences épiploïques sont déchirées; l'épiplocn est réduit. On incise alors avec des ciseaux, du côté droit, la couche pariétale, dont la peau seule avait été intéressée, en ayant bien soin d'entailler la gaine des droits. On enlève ainsi, non-seulement l'ombilic, mais encore le collet de la hernie, le sac et la peau qui le recouvre.

A ce moment, deux fils de soie sont placés aux extrémités supérieure et inférieure de la plaie. Par l'intermédiaire de ceux-ci, on soulève la paroi et l'on commence le premier plan de suture... Le péritoine est assez mince, il se déchire facilement. On comprend alors avec lui le feuillet postérieur de la gaine du droit, de façon cependant que l'adossement séro-séreux existe sur toute la hauteur.

Le second plan de suture porte sur le feuillet antérieur des droits. Le troisième plan, constitué par des fils profonds et superficiels, enserre la peau et le tissu grasseux sous-cutané.

Les deux premiers plans de suture sont faits à la soie, le dernier au fil métallique. L'opération dure 40 minutes. Bandage de corps un peu compressif.

16-17 février. — Température : 38°6. Constipation. On purge la malade.

18 février. — Température : 38°. La plaie est aseptique.

18 mars. — La malade est complètement guérie. Depuis son opération, elle n'a ressenti aucune des douleurs qu'elle avait autrefois. La contention est normale, même sous les efforts et la toux. Au niveau de la cicatrice opératoire, on sent une épaisseur de tissu à résistance parfaite. Pour plus de sûreté et pour assurer la cure définitive de la hernie, on fait porter à la malade une ceinture abdominale.

OBSERVATION VI.

(Inédite.)

Due à l'obligeance de M. le professeur-agrégé CONDAMIN

Madeleine T., dévideuse, 35 ans, entrée le 13 novembre 1895, dans le service de M. le professeur Laroyenne. Un seul accouchement il y a cinq ans, à la suite duquel apparaît une hernie ombilicale de la grosseur d'un œuf de poule, facilement réductible mais se reproduisant immédiatement. La malade, il y a quinze jours, fut prise de vives douleurs dans le bas-ventre, avec irradiations dans le dos. A l'examen, on trouve que le doigt s'introduit sans peine dans l'anneau. La peau qui recouvre la tumeur est si mince, si transparente, qu'on se demande si l'intestin n'est pas en rapport immédiat avec la peau, sans interposition du péritoine. La malade présente en même temps un peu d'éventration.

Le 24 novembre 1895, opération. Cure radicale par omphalectomie. Résection du sac, ablation d'une partie de l'épiploon et de graisse. La malade part le 25 décembre, guérie.

OBSERVATION VII.

(Inédite.)

Due à l'obligeance de M. le professeur-agrégé NOVÉ-JOSSERAND.

Hernie ombilicale. — Omphalectomie. — Guérison.

Claudine B....., 58 ans, concierge.

Entrée le 1^{er} avril 1897. Hernie ombilicale datant de 25 ans, ayant eu au début des dimensions restreintes et ayant grossi peu à peu.

La hernie, qui a toujours été irréductible, s'est produite à l'occasion d'un effort. Jaunisse ayant duré 3 semaines environ,

vers l'âge de 35 ans. Deux atteintes de coliques hépatiques, la première vers 45 ans, la deuxième l'année passée : cette deuxième crise a duré une quinzaine de jours.

Quelques troubles stomacaux vagues, habituels, pesanteur d'estomac, pas de vomissements. La hernie n'a jamais été douloureuse.

Pas de constipation. Début brusque mardi soir par des douleurs siégeant au niveau de la hernie et dans la partie supérieure du ventre. Puis, vomissements aqueux et ensuite bilieux.

Depuis mardi, la malade est allée à la selle et a fait des vents. Les vomissements ont diminué grâce à l'application de glace.

Examen : hernie irréductible, grosse comme une petite orange.

A la percussion, submatité.

A la palpation, sensation d'une épiplocèle. La tumeur est peu douloureuse, sauf au niveau de son pédicule.

Température, 37° à 37°6.

Langue saburrale.

Opération, le 2 avril 1897.

On incise la peau en passant à gauche de la tumeur et en prolongeant l'incision au-dessus et au-dessous sur la ligne médiane. On arrive ainsi jusqu'à l'aponévrose. On complète alors l'incision elliptique autour de la tumeur ; puis on incise l'aponévrose. On constate alors que la tumeur est constituée par un épiplocèle adhésif. Sans chercher à détacher l'épiploon du sac, on ouvre le péritoine et on enlève la tumeur en masse, après ligature du pédicule.

Suture à trois plans, séreuse, musculo-aponévrotique, cutanée.

5 avril. — La température est à 38° et monte vers le soir jusqu'à 38°6. La malade va du ventre, grâce à un lavement.

Il y a quelques coliques, mais pas de douleur au niveau de la plaie opératoire. Bouche amère.

10 avril. — Pansement. On enlève les fils, la malade étant mieux depuis quelques jours. Guérison.

OBSERVATION VIII.

(Inédite.)

Due à l'obligeance de M. le professeur-agrégé CONDAMIN.

Marie A..., 39 ans, couturière. Entre le 13 août 1898 dans le service de M. le professeur Laroyenne, avec une hernie ombilicale datant de 5 ans, survenue à la suite d'un violent effort. La malade présente de l'anorexie, vomit souvent, souffre de l'abdomen, souffre de constipation habituelle.

Actuellement, au niveau de la région ombilicale, on trouve une tumeur du volume d'une mandarine, d'aspect bilobé, molasse, irréductible, non douloureuse, se tendant sous l'influence de la toux.

Le 15 août 1898, omphalectomie par M. le professeur Condamin. La malade sort le 30 octobre de l'hôpital complètement guérie.

OBSERVATION IX.

(Inédite.)

Due à l'obligeance de M. le professeur-agrégé ROLLET.

L. F...., 47 ans, cuisinière. Grossesse à 22 ans, sans complications. Il y a un an, la malade s'est aperçue d'une petite tumeur de la grosseur d'un œuf, qui apparaissait au pli de l'aîne à gauche, au niveau du canal inguinal. Cette tumeur disparaissait par le repos et le décubitus dorsal. La malade est restée 8 mois sans porter de bandage.

Il y a 3 mois, au moment des époques, la malade a eu des vomissements et des coliques. En même temps elle s'apercevait de l'existence d'une nouvelle grosseur, du volume du poing, située à l'ombilic.

Actuellement, on sent à ce niveau une tumeur dure, sonore, et, si l'on fait une tentative de réduction, on perçoit du gargouillement.

La malade dit que cette tumeur n'a pu être réduite depuis son apparition.

Au moment des règles, elle augmente considérablement : la peau de l'ombilic est, dit la malade, fortement tendue.

Depuis 14 jours, dès que la malade prend des aliments, elle les rend et souffre de coliques violentes. Depuis cette époque, elle est constipée ; les vomissements dégagent une odeur fécaloïde.

22 novembre. — Opération. Anesthésie, cuverture du sac ombilical. Issue d'un liquide citrin. Intestin adhérent à l'anneau, en mauvais état. Débridement. Omphaléctomie. Suture à plans séparés. Mèche.

29 novembre, — On enlève la mèche. Pas de suppuration. La malade quitte l'hôpital quelques jours après, guérie.

OBSERVATION X.

(In *Lyon Médical*, 1898.)

Cure radicale de hernie ombilicale. — Omphaléctomie. — Guérison.

Hernie datant d'une douzaine d'années. Dès le jour de son apparition elle était restée irréductible ; au début, du volume d'une petite noix, elle avait augmenté progressivement. La malade portait d'une façon continue une ceinture élastique.

A des intervalles irréguliers, mais fréquemment, la tumeur devenait le siège de douleurs violentes, parfois accompagnées de vomissements. Après deux ou trois jours tout rentrait dans l'ordre et la malade reprenait son travail.

La hernie avait atteint le volume d'une pomme environ, elle était pédiculée.

Le 6 mars les accidents apparurent de nouveau. La tumeur devint plus douloureuse, prit une consistance plus ferme, des vomissements apparurent à plusieurs reprises sans être jamais fécaloïdes. Le ventre restait souple, quoique sensible, il y avait de la constipation sans interruption absolue des garde-robes. L'état général n'était pas profondément atteint ; pas de collapsus.

En présence de ces symptômes, le docteur Rollet élimine l'hypothèse d'un véritable étranglement, et pensa qu'il s'agissait d'un épiplocèle enflammé et renvoya l'intervention en prescrivant le repos, l'opium et la glace.

Les accidents s'atténuèrent, mais la malade désirant être débarrassée, la cure radicale fut décidée trois jours après.

Incision curviligne de 8 centimètres environ, embrassant la paroi latérale droite du pédicule. Absence de sac isolable.

Le contenu était uniquement composé d'une volumineuse masse épiploïque qu'il fut impossible de réduire après débriement. M. Rollet en pratiqua la résection après ligature, on peut évaluer à 14 centimètres la longueur de la masse épiploïque enlevée. Les téguments qui recouvraient la hernie furent également réséqués et, « après résection de l'ombilic, un triple plan de suture ferme l'abdomen ». (1)

Les suites furent très favorables, au bout de huit jours la malade allait à la selle ; la réunion se fit par première intention. Il n'y avait aucun signe d'hémorragie, et après trois semaines environ la malade quittait l'hôpital.

Nous avons pu obtenir des renseignements relativement à cette malade le 23 décembre 1899. La malade porte une ceinture ventrale par précaution. La cicatrice est parfaite et la hernie n'a pas récidivé.

(1) Modifiée d'après les indications de M. le professeur-agrégé ROLLET.

CHAPITRE IV.

Ce chapitre sera consacré à prouver l'utilité de l'omphalectomie au cours des laparotomies et à démontrer la nécessité de la suture à plans séparés dans le cas d'éventration.

Dans un article de *l'American journal of Obstetrics*, de 1893, Dudley signale la fréquence des hernies ombilicales chez les femmes enceintes ou âgées, ou encore à la suite de laparotomies. Cet auteur insiste sur l'urgence qu'il y a à instituer une cure radicale et définitive de l'affection. Il condamne absolument le port d'un bandage, douloureux, inutile et même dangereux. La fermeture de la paroi abdominale doit être, pour lui, hermétique et durable et son attention se porte sur des procédés divers de sutures, fort compliqués d'ailleurs, nécessitant un outillage spécial et complexe. De son travail nous ne voulons retenir que le souci de la fréquence des récidives des hernies ombilicales et cette idée que la question réside en une suture idéale et parfaite. Il condamne la suture en masse de la paroi et démontre que, pour avoir une cicatrice solide, il faut affronter séparément des tissus de même nature. Wylie, cité par Dudley, a fait huit opérations de her-

nie ombilicale sur six femmes, deux de ces opérations ayant nécessité une nouvelle intervention; chez cinq femmes, la hernie était consécutive à une laparotomie. Pour éviter la hernie après une laparotomie, dit Wathen, il faut obtenir une cicatrice parfaite par la réunion de toutes les couches de tissus constituant la paroi abdominale : péritoine; muscles, fascia profond et superficiel, peau. La suture des couches aponévrotiques sera plus spécialement soignée. C'est d'elles que dépend la solidité ultérieure de la cicatrice. Wathen est persuadé que les auteurs qui prétendent n'avoir jamais eu de hernies après leurs laparotomies n'ont pas suivi jusqu'au bout leurs malades et il déclare que, pour sa part, cet accident lui est arrivé maintes fois. A propos des difficultés créées par les adhérences, Wathen propose de réséquer l'anneau ombilical et décrit un procédé analogue à celui préconisé, en 1892, par M. le professeur-agrégé Condamin.

En somme, nous ne trouvons dans la littérature américaine que des ébauches, des tentatives de procédés radicaux, mais non point la formule nette d'un manuel opératoire qui, employé systématiquement, facilite et simplifie l'opération et met à l'abri de récidives.

Non seulement la hernie suit souvent la laparotomie mais encore on trouve fréquemment des hernies ombilicales coëxistant avec des tumeurs abdominales plus ou moins volumineuses, fibromes utérins ou kystes de l'ovaire. Ce fait se comprend facilement si l'on songe à l'excès de tension abdominale créée par une tumeur, tension qui aura fatalement raison du point le plus faible de la paroi abdominale, de la cicatrice ombili-

cale. La grossesse agit dans le même sens. D'ailleurs l'ombilic n'est pas le seul point à avoir le triste privilège de céder et on trouve de nombreux exemples de hernies de la ligne blanche, justiciables d'ailleurs d'un traitement analogue à celui des hernies ombilicales. On trouvera, à la fin de notre travail, des observations relatives à ce point.

L'idée d'enlever l'ombilic au cours des laparotomies médianes est donc d'une bonne thérapeutique prophylactique quand elle n'est pas directement imposée, ce qui est la règle dans la plupart des cas, par la coexistence d'une hernie. Nous avons tout récemment assisté à une opération pour fibrome de l'utérus. Une légère hernie ombilicale accompagnait l'existence de la tumeur : l'omphalectomie s'imposait. Il était nécessaire, pour éviter le développement d'une hernie ultérieure volumineuse, de pratiquer la cure de la pointe existante et de se mettre à l'abri d'une récurrence. En effet, on ne peut obtenir une bonne réunion des parois de l'abdomen qu'avec une suture à plusieurs étages.

Si le premier plan péritonéal ne joue pas au point de vue de la solidité un rôle indispensable, il permet en obturant la cavité abdominale, d'effectuer lentement et avec soin les étages suivants de suture. Le second plan de suture comprendra les aponévroses antérieure et postérieure des droits. Ce temps de l'opération est peut-être un peu théorique, car il existe fréquemment des adhérences du péritoine, dans le voisinage de l'ombilic, avec le feuillet profond de la gaine des droits. Si le décollement de la séreuse est difficile, on suture dans un premier temps le péritoine

et le feuillet aponévrotique postérieur, et dans le second, le feuillet aponévrotique antérieur.

L'omphalectomie au cours des laparotomies offre également deux avantages énormes relativement à l'antisepsie et à la commodité de la suture dans le cas où l'incision remonte au-dessus de l'ombilic.

En effet, il est difficile d'opérer la rigoureuse antisepsie de la cicatrice ombilicale. La brosse, le savon, l'éther et le sublimé employés successivement, offrent sans doute de sérieuses garanties. Mais les produits de desquamation épidermique et sébacée, qui encombrant les replis de la cicatrice, doivent toujours laisser une arrière-pensée. Il arrive même souvent, après une désinfection soignée de l'ombilic, qu'on assiste à une suppuration, aseptique sans doute, due à un érythème médicamenteux ; mais cette suppuration compromettra la cicatrisation et pourra entraîner les plus graves complications, si le moindre germe est ensemencé.

L'omphalectomie ne dispense point cependant d'une antisepsie rigoureuse. En matière d'intervention, on ne saurait prendre trop de précautions ; mais l'omphalectomie évite une chance notable d'infection, d'autant mieux qu'elle la supprime.

La suture du péritoine, dans une incision qui remonte au-dessus de l'ombilic, est fort difficile dans la partie supérieure de la plaie, impossible au niveau de la cicatrice ombilicale. C'est dans le but de faciliter les sutures à ce niveau, que Scenger avait proposé le doublement de la cicatrice, de façon à suturer le plan fibro-péritonéal d'abord et fibro-cutané ensuite. Inutile de dire comment la difficulté est résolue dans l'om-

phalectomie, puisqu'elle est supprimée. De plus, l'adossement cutané au niveau de l'ombilic sera d'autant plus difficile que le pourtour de la cicatrice ombilicale est toujours constitué par un tissu induré.

Il y aura fatalement du recroquevillement, puisque la cicatrice droite, côté du nombril, sera toujours plus déprimée. Toutes difficultés qui sont supprimées, si la cicatrice ombilicale doit être large et intéresser la gaine des droits.

En résumé, au cours des laparotomies pour grosses tumeurs abdominales, l'omphalectomie s'impose, d'abord parce qu'il existe souvent une hernie ombilicale corrélative d'une tumeur abdominale et ensuite parce que cette opération met sûrement à l'abri d'une hernie ombilicale, suite de laparotomie. Elle opère l'antisepsie, elle supprime les difficultés de suture, elle permet l'adossement parfait des surfaces cutanées, elle met à l'abri d'une éventration.

La hernie ombilicale n'est pas la seule complication post-opératoire des laparotomies. Il faut également faire une large part à l'éventration, c'est-à-dire à la sortie des viscères à travers les muscles droits, par relâchement de la cicatrice qui les réunit ou par une solution de continuité du plan musculo-aponévrotique. Ces hernies étaient autrefois fréquentes lorsqu'on fermait l'abdomen par la méthode extra-péritonéale, par la suture en masse de la paroi et que la suppuration était de règle.

Les éventrations relèvent : 1° du défaut de réunion du plan musculo-aponévrotique ; 2° des circonstances qui déterminent la réunion de ce plan par seconde

intention ; 3° des circonstances qui prédisposent au relâchement à la déchirure de la cicatrice ; 4° de l'oubli de la précaution indiquée par M. le professeur Laroynne, à savoir que l'incision pour laparotomies médianes doit s'écarter le plus possible du pubis pour éviter d'intéresser l'insertion des petits pyramidaux. Il paraît donc indiqué d'avoir recours à la méthode de M. le professeur-agrégé Condamin dont nous avons indiqué plus haut les multiples avantages.

On pratiquera donc, au cours des laparotomies, une suture à plusieurs étages de la paroi qui mettra sûrement à l'abri d'une récurrence. Dans la cure radicale d'une éventration, on emploiera le même procédé, en incisant la gaine des droits et l'on pratiquera successivement et séparément la suture du péritoine, les feuillets profonds de la gaine des droits et le fascia transversalis, les muscles droits, les feuillets superficiels de la gaine musculaire, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

Quelquefois, cependant, on se trouve en présence de pertes de substance résultant soit d'une omphalectomie, soit d'une cure radicale d'éventration par la résection du sac jusqu'à la gaine des droits, soit d'une ablation de fibrome de la paroi; pertes de substance telles que le chirurgien ne voit pas la possibilité de rapprocher jusqu'au contact les bords aponévrotiques par les sutures habituelles et se contente d'une couverture uniquement cutanée. La difficulté d'amener au contact les bords des droits distants parfois de 15 à 20 centimètres fera reculer le chirurgien qui refusera souvent dans cette crainte le bénéfice d'une intervention.

Dans les fibromes de la paroi abdominale surtout, la perte de substance est énorme souvent, les tissus cèdent sous l'influence de la traction des fils, les anses intestinales font hernie, la réunion est impossible, ou on se contente simplement d'une suture cutanée, c'est-à-dire d'un trompe-l'œil, n'offrant aucune garantie et ouvrant la porte aux complications herniaires.

Au contraire, en employant le procédé de suture dit en lacet de corset que M. le professeur-agrégé Condamin a préconisé au Congrès de gynécologie de Genève de 1897, on arrive à adosser parfaitement les surfaces cruentées et à assurer une réunion parfaite. On passe un fil en surjet lâche réunissant les deux lèvres de la plaie, puis avec un crochet mousse on exerce une traction qui, se répartissant sur plusieurs points à la fois, augmente la traction en général et diminue l'effort qui se porte sur chaque point en particulier. Comme conséquence, l'affrontement se fait facilement, sans dilacérer les tissus. On recommence les tractions jusqu'à adossement parfait et on arrête le surjet. Des expériences cadavériques ont démontré la perfection de l'adossement.

De plus, on a la facilité de refouler à loisir l'intestin qui tend à faire hernie dans la plaie et on évite du même coup de le blesser, accident fréquent lorsqu'on tente de faire la suture à points séparés.

En résumé, le procédé de suture dit en lacet de corset permet la réunion des bords des parois abdominales, suivant le type en étages dans le cas où les autres procédés ne le permettent que difficilement ou incomplètement. Ce genre de suture est indiqué :

a) Dans l'omphalectomie pour grosse hernie ombilicale.

b) Dans les éventrations volumineuses.

c) Dans les laparotomies pour péritonite quand la distension des anses intestinales gêne la réunion.

d) Dans les cas de pertes de substance un peu étendues comme c'est le cas dans les ablations de fibrome de la paroi abdominale.

Cette suture rend impossible la blessure de l'intestin qui, dans les cas où la réunion est difficile, vient se placer entre les lèvres de la plaie par suite de la compression qu'il subit.

Cette suture, tout en permettant une réunion plus complète, expose moins que les autres aux arrachements de tissus compris dans les anses du fil (1).

(1) CONDAMIN. Comptes rendus du Congrès périodique international de gynécologie de Genève. 1897.

OBSERVATIONS.

OBSERVATION I.

(A. PALMER DUDLEY. — In *American Journal of Obstetrics*, 1893.)

Hernie ombilicale consécutive à une laparotomie.

X..., mariée, 2 enfants. Seconde laparotomie. La première avait été faite l'année précédente (en 1887) pour un fibrome de l'utérus.

Trois semaines après l'intervention primitive, la malade contracta une hernie ventrale à la suite d'un effort. On prescrivit un bandage qui n'empêcha nullement le développement de la hernie. De plus la tumeur utérine avait récidivé et occasionnait d'abondantes hémorragies. La malade fatiguée d'une telle existence réclame une intervention, qui fut pratiquée de la façon suivante : Hystérectomie, puis dissection de la ligne blanche de chaque côté de l'ancienne cicatrice, suture du péritoine en surjet avec du catgut, puis de la ligne blanche, à points séparés, avec de la soie. La peau et le tissu cellulaire sont réunis par un troisième plan de sutures à la soie. La malade va bien après l'opération; mais la suppuration de 2 ou 3 points profonds retarde la cicatrisation qui en définitive s'acheva dans des conditions satisfaisantes. La malade est revue de temps à autre et se trouve dans un bon état de santé. La paroi abdominale, quoiqu'un peu mince à l'endroit de l'incision, paraît résistante.

Ce qui rendait l'opération difficile, ajoute Dudley, c'est ce point que l'épiploon et plusieurs anses de l'intestin grêle étaient venus adhérer à la paroi abdominale antérieure après l'accident qui provoqua la rupture de la cicatrice. C'était, dit-il, le premier cas de hernie ventrale que j'avais après une laparotomie. Malgré mes efforts pour éviter cette complication, je l'ai encore notée par deux fois, dans deux autres cas.

OBSERVATION II.

(IRVING S. HAYNES, in *New York medical Journal*,
vol. LVIII 1893.) (Résumée.)

Hernie de la ligne blanche. — Récidive.

Madame B., 45 ans, grande et forte femme, mère de nombreux enfants, remarqua, en 1883, après la naissance d'un enfant, une tumeur entre le nombril et le pubis, tumeur qui augmenta insensiblement de volume et était réductible dans la position couchée. En 1885, on prescrit le port d'un large bandage abdominal qui d'ailleurs est impuissant à maintenir la hernie en place.

En 1887, attaque d'obstruction intestinale. Entéroclyse, guérison. Une constipation chronique survint après cet accident. En mars 1891 la hernie s'étrangle, la malade se décide à l'opération.

Incision. On tombe sur une masse énorme d'épiploon fixée par sa base au sac autour de l'orifice herniaire. On rompt les adhérences, puis on procède à la dissection du sac étranglé par un anneau fibreux. Résection du sac, réduction de la hernie. On suture avec de la soie les bords de l'anneau, puis on procède à la suture cutanée.

Application d'un bandage compressif, convalescence relativement mauvaise : fièvre, suppuration. Enfin après réunion complète on prescrit le port d'une ceinture.

Au printemps de 1893, réapparition d'une tumeur au même endroit que précédemment, tumeur réductible, du volume d'une orange. Pendant la toux, une petite anse intestinale vient faire saillie mais rentre aussitôt dans la cavité abdominale, par une très légère pression.

On juge une seconde opération nécessaire ; la malade la refuse. Un bandage est ordonné. Le port en est inutile et intolérable.

OBSERVATION III.

(In *Archives provinciales de chirurgie*, 1892.)

Kyste de l'ovaire et hernie ombilicale.

D. E., 40 ans, religieuse, malade robuste, un peu obèse, ayant séjourné autrefois en Afrique où elle a eu les fièvres. Hernie ombilicale facilement réductible depuis environ quatre ou cinq ans. Depuis deux ans, augmentation du volume du ventre. Dysurie, envies fréquentes d'uriner ; troubles digestifs. La palpation difficile à cause de l'épaisseur de la paroi abdominale, permet cependant de constater une poche fluctuante, remontant à peu près jusqu'à l'ombilic. On diagnostique un kyste de l'ovaire.

Opération. — Ovariectomie le 6 juillet 1892. Incision sur la ligne médiane remontant assez haut pour circonscrire l'ombilic. On enlève l'anneau en entaillant sur les parties latérales jusqu'à la gaine des droits. L'incision péri-ombilicale remonte un peu au-dessus de l'ombilic, ce qui fait une perte de substance légèrement elliptique.

On trouve un peu d'ascite. Ponction du kyste avec le gros trocart. Ecoulement d'un liquide noir, marc de café, la poche vidée est attirée facilement. Elle ne présente pas d'adhérences. Pédicule court. On est obligé de décortiquer la partie inférieure de la poche pour former un pédicule.

Suture superficielle du pédicule après double ligature à sa base. Réunion de la paroi par suture isolée des diverses couches.

On peut facilement, au niveau de l'ancien orifice ombilical qui présentait une hernie, faire une suture à trois plans et appliquer, au niveau du nombril, les mêmes sutures que celles qui existent au-dessous.

Après l'achèvement de la suture, il n'y a plus de dépression au niveau de la région ombilicale.

Les suites opératoires ont été des plus simples et la hernie ombilicale n'a aucune tendance à se reproduire.

OBSERVATION IV.

(Inédite.)

Due à l'obligeance de M. le professeur-agrégé CONDAMIN.

Hernie ombilicale consécutive à un kyste de l'ovaire. — Mort.

R....., Françoise, corsetière.

La malade arrive à midi dans le service de M. le professeur Laroyenne, présentant une éventration formant une tumeur volumineuse, multilobulée, facilement réductible, siégeant au-dessus de l'ombilic ; au niveau de l'éventration et un peu à droite de la ligne médiane, la peau est ulcérée sur une surface arrondie de 0 m. 02 de diamètre environ. Le péritoine est perforé et laisse échapper une petite portion d'épiploon, en même temps qu'un liquide séreux s'écoule de la plaie abdominale. Par moments les anses intestinales font même hernie au niveau de la plaie.

La malade est dans un état général très grave ; la face est pâle, les lèvres sont cyanosées. Il y a de la dyspnée, de l'œdème des jambes et des pieds. La malade déclare que son éventration est déjà ancienne et date d'une opération antérieure, mais que l'ulcération de la peau ne date que de quatre jours. La malade a été en effet opérée le 29 octobre 1891, par M. le professeur Fochier, d'un kyste dermoïde de l'ovaire gauche. Sutures à trois plans. Consécutivement au drainage fait suivant la méthode de Mickulicz, il persista un trajet fistuleux laissant pénétrer le stylet de 0 m. 10 environ, et se dirigeant vers le côté gauche de l'utérus. Ce trajet fut découvert et exploré le

25 avril 1892, quand la malade se présentant dans le service de M. le professeur Fochier, fut reconnue enceinte de 4 mois. L'accouchement se fit en septembre 1892.

Après ses couches, la malade fait un séjour d'un mois à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Roch, pour insuffisance mitrale et albuminurie.

A la sortie de l'hôpital, l'éventration qui s'était déclarée lors de son accouchement, est très prononcée, la fistule persistant toujours et donnant continuellement issue à un liquide séropurulent.

A son arrivée à la clinique gynécologique, le 19 décembre 1892, en présence de la gravité des symptômes, l'opération est immédiatement décidée.

Opération par M. le professeur Laroyenne. Anesthésie à l'éther avec de grands ménagements. La malade est placée sur le lit de Trendelenburg.

Incision elliptique de la paroi abdominale, au niveau de l'éventration ; le grand diamètre de ce lambeau elliptique présente une longueur de 6 m. 10 environ. L'incision part de trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, puis se dirige vers le pubis. Au niveau de l'ombilic, existe également une hernie ; mais la cure radicale de la hernie ombilicale n'a pu être pratiquée, car on voulait opérer rapidement à cause de la gravité de l'état de la malade.

L'incision comprend les différents plans de la paroi abdominale et s'arrête au péritoine. La peau et les aponévroses sont sectionnées à 0 m. 005 environ de distance du collet du sac ; le lambeau cutané est complètement enlevé. Les masses intestinales et épiploïques, qui se présentent faisant fortement saillie en dehors, sont refoulées ; puis le sac péritonéal est saisi entre les mors d'une pince-longuette et sectionné. Suture du péritoine au moyen d'un surjet au catgut. On place à la

partie inférieure un petit drain de caoutchouc. La suture du plan aponévrotique est difficile à cause du retrait considérable des aponévroses.

Quelques points séparés au catgut, puis suture en surjet. Suture de la peau en surjet au catgut. Pansement iodoformé et bandage de corps compressif.

La malade, dont l'état s'aggrave de plus en plus, meurt le 24 décembre.

OBSERVATION V.

Due à l'obligeance de M. le professeur-agrégé CONDAMIN.

J. E..., 38 ans, salle Sainte-Thérèse à la Charité.

Réglée à 13 ans, assez irrégulièrement depuis, pas de maladies graves antérieures. La malade, très sensible au froid, a eu, à plusieurs reprises, des bronchites.

Le début de l'affection qui l'amène à la Charité remonterait environ à 4 ans.

A ce moment la malade s'apercevait que son ventre augmentait, éprouvait, surtout après les repas, quelques douleurs et une sensation de pesanteur dans la région hypogastrique.

Au mois de juin 1892, son abdomen prit un développement qui l'inquiéta et l'obligea à consulter un médecin qui diagnostiqua un kyste de l'ovaire.

Rien à signaler jusqu'à la fin de l'année 1892, sinon des douleurs de rein assez violentes et un développement progressif de l'abdomen.

A son entrée à la Charité (11 février 1893), on trouve un développement considérable de l'abdomen. Peu ou pas d'ascite, mais la palpation permet de sentir une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant qui ballote assez facilement. A côté de cette masse dure, on en sent d'autres qui sont manifestement fluctuantes.

La percussion donne de la sonorité dans les flancs et de la matité dans la partie antérieure de l'abdomen.

Les modifications de position de la malade n'impriment pas à la zone de la matité un changement bien appréciable. On porte le diagnostic de kyste ovarien avec masses solides plus ou moins considérables.

12 février 1893. — Opération par M. le professeur Laroynne. La malade, anesthésiée à l'éther, est placée sur la table à opération de Trendelenburg. Incision sur la ligne médiane partant à environ deux travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne et remontant jusqu'à l'ombilic. A ce niveau le nombril est contourné en longeant son côté gauche, puis l'on regagne la ligne médiane sur une hauteur de 3 à 4 centimètres.

Après l'incision des diverses autres couches de la paroi abdominale, on arrive sur un volumineux kyste, multiloculaire avec masses solides. On ponctionne les portions kystiques et, grâce à l'étendue de l'incision, on peut extraire la totalité du néoplasme qui n'a contracté aucune adhérence avec les parties voisines.

Le liquide extrait par ponction est jaune pâle, citrin, un peu filant. Formation assez facile d'un pédicule large, ligature en chaîne : suture du péritoine sur la surface cruentée, et réduction du pédicule dans l'abdomen.

Toilette très soignée du péritoine. On commence les sutures de la paroi, mais, au niveau de l'ombilic, il est impossible de faire plusieurs plans : peau, tissu fibreux ombilical, péritoine ne font qu'un. L'aiguille à suture ne pénètre que difficilement dans ce tissu induré.

On pratique alors l'omphalectomie avec des ciseaux courbes, en se portant suffisamment en dehors pour entailler la gaine du droit et suffisamment au-dessus et au-dessous de l'ombilic, pour ne pas avoir une perte de substance circulaire à ce niveau, mais très légèrement elliptique.

On obtient de la sorte une surface cruentée dans laquelle on distingue parfaitement le péritoine, les aponévroses, les muscles, et cela sur toute la hauteur. Rien n'est plus simple alors que de pratiquer un premier plan de suture au catgut portant uniquement sur le péritoine. Il n'y a pas plus de difficulté à faire la suture au niveau du point qui correspond à l'ombilic enlevé, qu'au-dessous. Il en est de même pour les sutures en surjet de la couche musculo-aponévrotique et cutanée.

Pansement iodoformé, bandage de corps.

Les jours qui suivirent cette intervention, la malade eut quelques 38°5 avec une toux un peu persistante, mais excellent état général. Aucune douleur au niveau des cicatrices.

Le 25 février 1893, la malade peut quitter la Charité en parfait état. La plaie abdominale est parfaitement cicatrisée sans qu'il y ait eu trace de suppuration.

Résistance parfaite au niveau de l'ancien ombilic.

OBSERVATION VI.

(Inédite.)

Due à l'obligeance de M. le professeur-agrégé CONDAMIN.

Hystérectomie et omphalectomie.

C..... B...., 49 ans, ménagère. Un enfant à l'âge de 19 ans. Il y a quatorze ans la malade est venue à la clinique pour un fibrome de l'utérus, avec rétention complète d'urine et pertes blanches très abondantes.

Traitement par l'électrolyse. Amélioration sensible. Pendant douze ans, la malade n'éprouve aucun trouble.

La malade, qui depuis l'âge de 17 ans, avait toujours été réglée régulièrement mais peu abondamment, voit, depuis deux ans, les règles augmenter de quantité sans toutefois perdre de

leur régularité. Le sang est pâle, parfois mélangé de caillots. Jamais de pertes dans l'intervalle des époques. Presque jamais de leucorrhée. Douleur sourde, peu intense mais à exaspérations, siégeant dans l'abdomen et les reins et s'irradiant du côté de l'estomac et du foie. Quelques fourmillements dans les membres inférieurs. Vertiges, étourdissements, bourdonnements dans les oreilles. Selles rares et pénibles. Amaigrissement, anorexie.

L'abdomen est volumineux surtout du côté droit. Hernie ombilicale. La palpation donne la sensation de plusieurs tumeurs : à droite, au-dessous du foie, on trouve une tumeur volumineuse, dure, mate à la percussion ; à gauche, une plus petite et plus profonde, également mate ; sur la ligne médiane, au-dessus du pubis, une autre tumeur, probablement l'utérus, entraînant avec elle, dans ses mouvements, le col utérin ramolli et remonté.

Toucher vaginal : le cul-de-sac vaginal antérieur est effacé ; on a la sensation de la tumeur médiane. A gauche, on a la perception d'une petite tumeur arrondie qui paraît être l'ovaire augmenté de volume. Il roule sous le doigt et sa compression est douloureuse.

Intervention : laparotomie (9 avril 1895) par M. le professeur-agrégé Condamin. On tombe d'abord sur une grosse masse reliée par des pédicules à d'autres masses plus petites. On enlève la première sans décortication ; on décortique les autres. L'utérus est fortement développé en épaisseur sans agrandissement notable de sa cavité (0 m. 08). On l'enlève également.

On trouve, annexée au fond de l'utérus, la tumeur médiane signalée plus haut et qui est entourée d'une coque calcaire. Le pédicule est laissé dans la plaie. On pratique enfin l'omphalectomie suivant le procédé habituel.

9 mai. — La malade va bien et se déclare satisfaite. Le pédicule est toujours profond. La plaie, encore large, est en bonne voie de cicatrisation.

Le 11 juin, on revoit la malade. La cicatrisation est à peu près complète.

Une petite dépression au niveau de la marsupialisation. Le col est petit et bien remonté, au fond du vagin. L'état général de la malade s'est bien amélioré. La paroi est en bon état.

OBSERVATION VII.

(Inédite.)

Due à l'obligeance de M. le professeur-agrégé CONDAMIN.

R. A. . . . , 33 ans. Ourdisseuse. A 20 ans, premier accouchement prématuré (8 mois). Trois autres accouchements, le dernier à 26 ans. Amputation du col de l'utérus à Paris, en décembre 1889. Le 24 février 1890, ablation de l'ovaire gauche par voie abdominale (Picqué et Pozzi). A la suite de cette dernière opération, faite par la voie abdominale, est survenue une éventration. Entrée dans le service de M. le professeur Laroyenne, le 3 août 1894, la malade a été opérée le 4. Consécutivement à cette opération s'est déclaré, dix jours après, un abcès de la paroi abdominale. On enlève les fils et la plaie abdominale ne se ferme que huit mois après. A cette époque, la malade quitte sa ceinture et l'éventration se produit petit à petit. Actuellement on observe une éventration assez accentuée, une constipation opiniâtre (huit à dix jours sans selles), des digestions pénibles, un peu de pollakiurie.

Intervention le 10 juin 1895 ; ablation complète du sac. Quelques adhérences épiploïques, pas d'adhérences intestinales. Trois plans de sutures.

Le 25 juin, la malade s'en va, considérablement améliorée et portant une ceinture hypogastrique. La plaie est complètement fermée : il y a encore un peu d'éventration.

Le 23 mars 1898, la malade subit une nouvelle intervention : ablation d'un lambeau losangique de peau et de tissu cellulo-adipeux.

L'exploration digitale fait découvrir un sac sortant d'un orifice admettant le doigt. La paroi est solide sauf le point susmentionné. Ouverture du sac. Résection. Avivement des parois. Suture du sac, sutures aponévrotiques, suture de la paroi, le tout au catgut. On retrouve au cours de l'opération un fragment de fil d'argent provenant d'une intervention antérieure.

Sortie le 12 avril 1898.

OBSERVATION VIII.

(Inédite.)

Due à l'obligeance de M. le professeur-agrégé CONDAMIN.

Joséphine M..., 43 ans, ménagère.

La malade présente actuellement une éventration de la presque totalité de la ligne blanche sous-ombilicale, éventration consécutive à un accouchement. La tumeur ainsi formée est arrondie et présente le volume d'une tête de fœtus à terme. Elle est presque complètement réductible et l'examen montre que la gaine des droits est distante, dans la portion la plus large, de 0^m08 environ. Les téguments, au niveau de cette hernie, sont violacés et présentent une desquamation, résidu d'un eczéma qui a disparu et qui avait empêché une intervention plus hâtive.

Le 30 août 1895, anesthésie à l'éther. Incision circonférentielle. A droite, on retrouve facilement la gaine aponévrotique, puis on pratique le débridement de la poche cutanée. L'épiploon

a contracté avec elle de nombreuses adhérences, qui se laissent facilement désinsérer. Quatre petits pédicules sont cependant pincés et liés au catgut. Puis on se livre à la recherche du bord gauche de l'aponévrose.

Toilette avec éponges, puis surjet au catgut fin sur le péritoine.

Les bords de l'aponévrose sont avivés à gauche et suturés également par un catgut en surjet avec le côté droit. Surjet sur les téguments

14 septembre. -- La malade s'en va, complètement guérie : la plaie est complètement fermée. L'eczéma de la paroi abdominale, quoique considérablement diminué, persiste toujours un peu. — Etat général excellent. — Ceinture à plaques.

OBSERVATION IX.

(Inédite.)

Due à l'obligeance de M. le professeur-agrégé CONDAMIN.

Fibrome de l'utérus — Hernie ombilicale. — Omphalectomie.

H..., 54 ans, religieuse, réglée à 16 ans, toujours régulièrement. Ménopause à 52 ans. A l'âge de 45 ans, la malade s'aperçoit d'une augmentation de volume de son ventre. Douleurs dans la position assise. Jamais d'hémorragies. Fatigue, lassitude, insomnie. Hernie ombilicale depuis trois ans. Souffrances au niveau de la hernie pendant la digestion. Un peu de polyurie nocturne.

Il y a 2 ou 3 mois, douleurs abdominales intenses avec irradiations dans la région lombaire, affectant la forme de crises et déterminant la malade à entrer à l'hôpital, le 10 décembre.

Intervention le 11 décembre 1899.

Laparotomie. Incision remontant à 3 doigts au-dessus de l'ombilic. Ligature élastique au-dessus des ovaires et des trompes. Marsupialisation. Omphalectomie. Sutures à trois plans jusqu'au pédicule. Mèche.

12 décembre. — Pas de température. Quelques douleurs abdominales.

15 décembre. — La malade se sent mieux, n'accuse qu'un léger malaise et quelques coliques passagères.

CONCLUSIONS.

I. — La cure radicale de la hernie ombilicale de l'adulte s'impose en raison des complications graves et souvent mortelles qu'entraîne cette affection et de l'impossibilité presque absolue d'employer des appareils de contention impuissants à prévenir les accidents et causant au porteur une gêne et une douleur intolérables.

II. — Les procédés opératoires dans lesquels on conserve l'ombilic laissent forcément persister au-dessus et au-dessous de la cicatrice ombilicale une petite dépression de la ligne blanche qui sera une amorce pour une nouvelle hernie.

III. — L'ablation de la cicatrice ombilicale, sans qu'on intéresse la gaine des droits, est une opération meilleure que la précédente, quoiqu'incomplète. Elle facilite la suture, mais la cicatrice obtenue par ce procédé manque de solidité en raison de la vitalité relative des tissus péri-ombilicaux.

• IV. — La résection d'une portion elliptique de la paroi abdominale, englobant la cicatrice ombilicale et d'une largeur suffisante pour intéresser les gaines musculaires, permet, en transformant la plaie opératoire en une vraie plaie de laparotomie :

a) De triompher facilement des adhérences que le sac contracte le plus souvent avec la peau, l'épiploon ou l'intestin et de réduire facilement la hernie ;

b) De permettre de suturer respectivement les divers plans de la paroi abdominale et d'adosser des tissus pleins de vitalité, de même nature, dont la réunion sera prompte et définitive.

V. — La coexistence fréquente des tumeurs abdominales et des hernies ombilicales d'une part, et, d'autre part, le nombre des hernies consécutives aux laparotomies indiquent la nécessité d'une cure radicale ou préventive qui ne peut être assurée que par l'omphalectomie.

VI. — L'omphalectomie au cours des laparotomies, assure de plus :

a) Une antisepsie plus grande puisqu'elle supprime l'infundibulum ombilical si difficile à désinfecter :

b) Une économie de temps en évitant les sutures si pénibles aux environs de l'anneau fibreux ;

c) L'impossibilité d'une éventration future par les trois plans de suture qu'elle comporte ;

d) L'adossement parfait des surfaces cutanées.

VII. — Dans les hernies de la ligne blanche souvent consécutives aux laparotomies, dans les éventrations, on doit, pour obtenir une bonne réunion de la paroi, sans récédive possible, pratiquer une suture à plans séparés des divers éléments de la paroi, comme dans le procédé opératoire ordinaire de l'omphalectomie.

VIII. — Dans les cas de large perte de substance de la paroi abdominale, le procédé de suture, dit en lacet de corset, de M. le profeseur-agrégé Condamin, permet une réunion facile des éléments anatomiques de la paroi et offre de sérieuses garanties contre les récédives.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

LAROYENNE.

Vu :

LE DOYEN,

LORTET.

Vu, et Permis d'imprimer :

LE RECTEUR,

Président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

- BERNDT. — Hernia umbilicalis incarcerata Herniolaparotomie. Heilung — *Deutsche-Zeitungsschrift Chir.* Leipzig, 1893. XXXVII.
- BRUNS. — Die Omphalectomie bei der Radical operation der Nabelbrüche. *Centralblatt. f. Chir.* Leipzig, 1894. XXI 1-4.
- CASTERET. — De la cure radicale des hernies ombilicales de l'adulte et en particulier de l'omphalectomie avec la suture à étages. Th. Lyon, 1892.
- CIARTOSO. — Sulla cura radicale dell'ernia ombelicale. *Gior. d. n. Acad. di med. di Torino*, 1894.
- CONDAMIN. — De l'omphalectomie et de la suture à étages de la paroi abdominale. *Arch. prov. de Chir.* Septembre 1892.
- CONDAMIN. — Omphalectomie et suture à 3 étages dans la cure radicale des hernies ombilicales. *Lyon Méd.* 1892, I. XXI, 289-295.
- CONDAMIN. — Omphalectomie totale et hernies ombilicales. 2 nouvelles observations. *Lyon Méd.* 1893, I. XXII, 516-524.
- CONDAMIN. — Cure radicale des hernies ombilicales par omphalectomie totale. Nouvelles observations. Etude critique de l'omphalectomie partielle et totale. *Archiv. prov. de Chir.* 1893, I. I, 325-346.
- CONDAMIN. — Cure radicale des hernies ombilicales par omphalectomie totale et la suture à 3 étages. *Assoc. franç. de Chir.* Paris, 1893, VII, 307-318.

- CONDAMIN. — De l'omphalectomie au cours des laparotomies. 1898.
- DELORME. — Remarques sur une première série de 50 cures radicales de hernies. *Arch. de Méd. et Pharm. milit.* 1894, XXIII, 486-531.
- DAURIAC. — Procédé nouveau pour la cure radicale de la hernie ombilicale (procédé de l'entrecroisement des droits). *Gaz. des hôpitaux*. Paris 1894, l. VII, 675.
- GILL WYLIE. — Ventral hernia caused by laparotomie. *Amer. J. of Obstetrics*, 1887.
- GOUILLOUD. — De l'éventration opératoire. Prophylaxie. Cure radicale. *Lyon Médical* 1892.
- HAYNES. — Ventral hernia. *New York M. J.* 1893, p. VIII, 796.
- IRVING et HAYNES. — Hernie abdominale. *New York M. J.* 1893.
- JABOULAY. — La hernie ombilicale congénitale de l'adulte et de l'adolescent. *Lyon Médical*, 1893, l. XXIV, 181-185.
- KEEN. — *New Medical*, 1888.
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Cure radicale des hernies. Cure radicale des hernies ombilicales, 29 cas. *Mercredi méd.* Paris, 1894.
- MESTRAL. — De l'opération radicale de la hernie ombilicale. Lausanne, 1881.
- PALMER-DUDLEY. — La hernie ombilicale, accompagnée de 5 observations. *American Journal of obstetrics*, 1893.
- ROBSON. — Abdominal section for hernia Practitiones. Lond. 1893.
- SCENGER. — Zur radical operation grosser niet eingeklemmter Nabel brüche, in *Centralblatt für gynecologie*. Juillet 1890.
- STORER. — *Record med.* 1888.
- Compte rendu du congrès périodique international de gynécologie et d'obstétrique de Genève.

